



ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

ΟΜΑΔΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΖΩΗΣ ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΥ ΣΥΝΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΣΤΥ)

Παρακαλώ όπως συμπληρωθεί ξεχωριστή αίτηση για κάθε άτομο (μέλος ή σύζυγος)

Πλήρες Όνομα Ασφαλιζομένου			
Σχέση με ΠΣΤΥ (Σημειώστε με ✓)	Σύζυγος Μέλους <input type="checkbox"/>	Μέλος <input type="checkbox"/>	
Ημερ. Γέννησης	Αρ. Ταυτότητας:		
Διεύθυνση Κατοικίας	T.K.		
Επάγγελμα (καθορισμός καθηκόντων)			
Τηλέφωνα	Οικίας:	Εργασίας:	Κινητό:
Διεύθυνση Ηλεκτρονικού Ταχυδρ.			

Επιλογή Ασφαλισμένου Ποσού: Σχέδιο Α: €50,000 Σχέδιο Β: €75,000 Σχέδιο Γ: €100,000

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

A. ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΤΙΣ ΠΙΟ ΚΑΤΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:

(Όπου η απάντηση είναι ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες συμπεριλαμβανομένου ημερομηνίας, αιτίας και αποτελεσμάτων)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
1. Δηλώστε το ύψος και το βάρος σας. Έχει το βάρος σας αλλοιωθεί τον τελευταίο χρόνο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ύψος: Βάρος:
2. Έχετε ποτέ υποφέρει από καρδιακή νόσο ή νόσο του καρδιαγγειακού συστήματος, εγκεφαλική συμφόρηση, καρκίνο, διαβήτη, διανοητική ή νευρολογική πάθηση, πάθηση του γαστρεντερολογικού συστήματος, πάθηση των μυών, κοκκάλων ή αρθρώσεων, ηπατίτιδα, προσβολή από HIV/ AIDS, ή έχετε οποιαδήποτε αναπηρία ή φυσική ανωμαλία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Έχετε τα τελευταία δύο χρόνια πάρει οποιαδήποτε μορφής φαρμακευτική αγωγή για περισσότερες από 14 συνεχόμενες μέρες ή επισκεφθήκατε ιατρό για θεραπεία κάποιας ασθένειας ή νόσου ή είστε σήμερα κάτω από οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή ή λαμβάνετε οποιαδήποτε θεραπεία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Έχετε τους τελευταίους δώδεκα μήνες απουσιάσει ή πάρει άδεια απουσίας από την εργασία σας λόγω προβλημάτων υγείας για περισσότερες από 10 συνεχόμενες μέρες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Προτίθεστε να ταξιδέψετε ή να κατοικήσετε μόνιμα στο εξωτερικό εκτός από διακοπές;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Έχει οποιαδήποτε αίτηση σας για ασφάλεια υγείας, ζωής ή ανικανότητας απορριφθεί ή γίνει αποδεκτή με ειδικούς όρους/επασφάλιστρο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Είστε εντελώς υγιής και απαλλαγμένος από οποιαδήποτε συμπτώματα ασθένειας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πιο πάνω δηλώσεις και απαντήσεις είναι αληθείς, ότι δεν έχω αποκρύψει οποιαδήποτε πληροφορία, παραποιήσει ή παραστήσει με ανακρίβεια οποιοδήποτε γεγονός και εξουσιοδοτώ την Εταιρεία να αποσπαστεί σε οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρεία σε σχέση με ασφάλειες ζωής ή/και ιατρό ή κλινική για πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας μου ή το ιατρικό ιστορικό μου.

Συμφωνώ δε:

- (α) ότι η Αίτηση αυτή θα αποτελέσει τη βάση της παροχής κάλυψης κάτω από το Ομαδικό Ασφαλιστήριο/Σχέδιο.
- (β) η Universal Life δεν θα δεχθεί ευθύνη για κάλυψη οποιοδήποτε ασφαλισμένου γεγονότος που προκύπτει από οποιαδήποτε ιατρική κατάσταση που προϋπήρχε της ημερομηνίας ένατηξ μου ή που θα μπορούσε να προβλεφθεί κατά το χρόνο της Αίτησης, εκτός εάν μια τέτοια ιατρική κατάσταση δηλώθηκε και έγινε αποδεκτή από την Universal Life.
- (γ) η ασφάλιση δεν θα τεθεί σε ισχύ μέχρι ο κίνδυνος να γίνει αποδεκτός από την Universal Life και πληρωθεί το πρώτο ασφάλιστρο.
- (δ) Η Universal Life επιφυλάσσει το δικαίωμα να απορρίψει οποιαδήποτε Αίτηση για Ασφάλιση ή να επιβάλει ειδικούς όρους ή επασφάλιστρο.
- (ε) Σε περίπτωση που θα δοθούν οδηγίες από την Universal Life για να υποβληθώ σε ιατρικές εξετάσεις και δεν ακολουθήσω τις οδηγίες αυτές, τότε δεν θα υπάρχει σε ισχύ οποιαδήποτε ασφαλιστική κάλυψη.

Υπογραφή Ονοματεπώνυμο: Ημερ.

Για εσωτερική χρήση μόνον:

Όροι αποδοχής/Σχόλια:

Υπογραφή:..... Ημερ.:.....

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Η Ασφαλιστική Εταιρεία Universal Life Insurance Public Co Limited (που στο εξής θα αναφέρεται σαν η "Universal") με έδρα τη Λεωφόρο Διγενή Ακρίτα, Αρ. 85, 1070 στη Λευκωσία έχει ετοιμάσει την παρούσα συγκατάθεση στα πλαίσια και σύμφωνα με τον Κανονισμό 2016/679 της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων, (εφεξής: "Νόμος").

Η Universal Life δεσμεύεται να προστατεύει τα προσωπικά δεδομένα κάθε Αιτητή ασφαλιστικής κάλυψης (εφεξής: "Αιτητής") τα οποία θα τύχουν συλλογής και επεξεργασίας για προκαθορισμένους σκοπούς.

Ορισμοί

«**δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα**» ή «**δεδομένα**» σημαίνει κάθε πληροφορία που αναφέρεται σε Αιτητή που βρίσκεται εν ζωή.

«**ευαίσθητα δεδομένα**» σημαίνει τα δεδομένα Αιτητή που αφορούν τη φυλετική ή εθνική προέλευση, τα πολιτικά φρονήματα, τις θρησκευτικές ή φιλοσοφικές πεποιθήσεις, τη συμμετοχή σε ένωση, σωματείο ή συνδικαλιστική οργάνωση, την υγεία, την ερωτική ζωή και ερωτικό προσανατολισμό, καθώς και τα σχετικά με ποινικές διώξεις ή καταδίκες.

«**επεξεργασία**» ή «**επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα**» σημαίνει κάθε εργασία ή σειρά εργασιών που πραγματοποιείται με ή χωρίς τη βοήθεια αυτοματοποιημένων μεθόδων και που εφαρμόζεται σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα και περιλαμβάνει τη συλλογή, καταχώρηση, οργάνωση, διατήρηση, αποθήκευση, τροποποίηση, εξαγωγή, χρήση, διαβίβαση, διάδοση ή κάθε άλλης μορφής διάθεση, τη συσχέτιση ή το συνδυασμό, τη διασύνδεση, το κλείδωμα, τη διαγραφή ή την καταστροφή.

Σκοπός Επεξεργασίας

Η Universal θα επεξεργάζεται τα δεδομένα για έναν ή περισσότερους από τους πιο κάτω σκοπούς:

1. Έκδοση και διαχείριση ασφαλιστικής σύμβασης (εφεξής: «Ασφαλιστήριο») το οποίο περιλαμβάνει μεταξύ άλλων, εκτίμηση και αποδοχή κινδύνου, καθορισμό ασφαλιστρών, είσπραξη ασφαλιστρών, τόκων και δόσεων δανείου ή άλλων οφειλών, εξέταση απαιτήσεων, αιτήσεων δανειοδότησης, αντασφάλιση, εκχώρηση σε άλλο οργανισμό.
2. Έρευνα ή στατιστική ανάλυση.

Απόρρητο και Ασφάλεια Επεξεργασίας

Η Universal λαμβάνει όλα τα κατάλληλα οργανωτικά και τεχνικά μέτρα για την ασφάλεια των δεδομένων και την προστασία τους από τυχαία ή αθέμιτη καταστροφή, τυχαία απώλεια, αλλοίωση, απαγορευμένη διάδοση ή πρόσβαση και κάθε άλλη μορφή αθέμιτης επεξεργασίας.

Αποδέκτες και Διαβίβαση Δεδομένων στο Εξωτερικό

Οι αποδέκτες των δεδομένων είναι τα αρμόδια μέλη του προσωπικού της Universal και/ή συμβεβλημένων εταιρειών/προσώπων με τη Universal οι οποίες τηρούν ικανοποιητικό επίπεδο προστασίας του απόρρητου και ασφάλειας επεξεργασίας. Αποδέκτες μπορεί να είναι και οι ιατροί οι οποίοι έχουν εξετάσει ή θα εξετάσουν τον Αιτητή καθώς και το αρμόδιο προσωπικό των κλινικών/ιδιωτικών γραφείων τους, όπως επίσης ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής του Αιτητή ο οποίος είναι συμβεβλημένος με τη Universal και το αρμόδιο προσωπικό οποιασδήποτε αντασφαλιστικής εταιρείας η οποία είναι συμβεβλημένη με τη Universal.

Για τους πιο πάνω σκοπούς η Universal ενδέχεται να διαβιβάζει τα δεδομένα σε άλλες χώρες εντός και εκτός Ε.Ε. Οι εν λόγω διαβιβάσεις θα πραγματοποιούνται εντός των πλαισίων που θέτει ο Νόμος και μετά τις αναγκαίες κοινοποιήσεις στις αρμόδιες αρχές.

Δικαιώματα Αιτητή

Σε περίπτωση κατά την οποία ο Αιτητής επιθυμεί να έχει περαιτέρω πληροφόρηση σχετικά με τα δεδομένα τα οποία διατηρεί η Universal ή εάν επιθυμεί να εξασκήσει το δικαίωμα στη φορητότητα, και/ή πρόσβασης στα δεδομένα, και/ή διόρθωσης, και/ή διαγραφής, και/ή περιορισμό της επεξεργασίας, και/ή αντίρρησης στην επεξεργασία, οποιωνδήποτε εκ των δεδομένων του/της, και/ή να ανακαλέσει τη συγκατάθεση του/της οποτεδήποτε, μπορεί να αποσταθεί γραπτώς στη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου: personaldata@unilife.com.cy.

Δήλωση

Έχω διαβάσει και ενημερωθεί για το πιο πάνω περιεχόμενο και δίδω ελεύθερα και με πλήρη επίγνωση τη ρητή συγκατάθεση μου για επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα μου, ευαίσθητων και μη, σύμφωνα με τις πρόνοιες του Νόμου και για τους σκοπούς οι οποίοι περιγράφονται στην πιο πάνω παράγραφο «Σκοπός Επεξεργασίας».

Υπογραφή:..... Ημερομηνία:.....

Όνοματεπώνυμο:.....

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ, ΣΧΕΔΙΩΝ Ή ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

- Συμφωνώ και αποδέχομαι να μου αποστέλλονται πληροφορίες σχετικά με την προώθηση προϊόντων, σχεδίων ή υπηρεσιών της Universal.
- Δεν συμφωνώ να μου αποστέλλονται πληροφορίες σχετικά με την προώθηση προϊόντων, σχεδίων ή υπηρεσιών της Universal.

Υπογραφή:..... Ημερομηνία:.....

ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Το ομαδικό Ασφαλιστήριο ζωής προσφέρεται στα μέλη και συζύγους του Παγκύπριου Συνεργατικού Ταμείου Υγείας Λτδ σε εθελοντική βάση.
2. Το Σχέδιο καλύπτει αποζημίωση σε περίπτωση θανάτου από οποιαδήποτε αιτία καθώς και θάνατο από ατύχημα και μόνιμη/ολική/μερική ανικανότητα.
3. Μπορείτε να επιλέξετε μια από τις 3 επιλογές ποσού κάλυψης, ύψους €50,000, €75,000 και €100,000 αντίστοιχα.
4. Το ετήσιο ασφάλιστρο διαφοροποιείται βάση του σχεδίου που θα επιλεγεί από το κάθε Μέλος και βάση της ηλικιακής κατηγορίας στην οποία ανήκει. Σε κάθε επέτειο ανανέωσης του Σχεδίου, το ασφάλιστρο θα αυξάνεται ανάλογα, σε περίπτωση αλλαγής ηλικιακής κατηγορίας. Το ποσό του ετήσιου ασφαλιστρού παρουσιάζεται στο «Συμβόλαιο Ομαδικού Σχεδίου».
5. Δικαίωμα ένταξης θα έχουν άτομα μέχρι 64 ετών αλλά για τα ήδη ενταγμένα μέλη θα υπάρχει δυνατότητα επέκτασης του Σχεδίου μέχρι τα 70 έτη. Θα μπορεί να γίνει ένταξη μέλους ενδιάμεσα κατά την διάρκεια του Σχεδίου με το ανάλογο μειωμένο ετήσιο ασφάλιστρο.
6. Το Σχέδιο δεν έχει εξαργυρώσιμη αξία, δεν συγκεντρώνει μονάδες και ούτε μπορεί να γίνει εκχώρηση του.
7. Άτομα άνω των 55 ετών θα παραπέμπονται αυτόματα σε ιατρικές εξετάσεις και τα έξοδα θα αναλαμβάνει η ασφαλιστική εταιρεία. Επίσης η ασφαλιστική εταιρεία έχει το δικαίωμα να ζητήσει ιατρικά στοιχεία από οποιοδήποτε μέλος ή και να απορρίψει την αίτηση του.
8. Θα υπάρχει δυνατότητα αλλαγής/αναβάθμισης Σχεδίου μόνο με την ετήσια ανανέωση του.
9. Την διαχείριση αναλαμβάνει το Παγκύπριο Συνεργατικό Ταμείο Υγείας, το οποίο θα εισπράττει προκαταβολικά το ασφάλιστρο και θα καταβάλλεται ακολούθως στην ασφαλιστική εταιρεία.
10. Το μέλος που ενδιαφέρεται να ενταχθεί στο ομαδικό σχέδιο, θα πρέπει να συμπληρώσει την αίτηση ένταξης μαζί με το έντυπο «Συγκατάθεση για την επεξεργασία Δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα» και να μας αποσταλεί στο email info@tiyias.com. Εάν σύζυγος μέλους επιθυμεί να ενταχθεί στο σχέδιο, θα πρέπει να συμπληρώσει ξεχωριστή αίτηση.
11. Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να καλέσετε τον υπεύθυνο ασφαλιστικό σύμβουλο της Universal Life Ltd, Δημήτρη Μιχαήλ στο 99971115 ή απευθείας στο Παγκύπριο Συνεργατικό Ταμείο Υγείας Λτδ στο 22676452.